DE

N° 74.

# L'EMPYÈME;

## THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 23 avril 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;*

PAR LOUIS JOUSSELIN, d'Angers,

Département de Maine-et-Loire.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

## *Professeurs.*

| M. DUBOIS, Doyen. | Messieurs |
|---|---|
| Anatomie | GRUVEILHIER. |
| Physiologie | ..... |
| Chimie médicale | ORFILA, *Suppléant.* |
| Physique médicale | PELLETAN, *Examinateur.* |
| Histoire naturelle médicale | ..... |
| Pharmacologie | DEYEUX. |
| Hygiène | DES GENETTES. |
| Pathologie chirurgicale | MARJOLIN. ROUX. |
| Pathologie médicale | DUMÉRIL. ANDRAL. |
| Opérations et appareils | RICHERAND, *Examinateur.* |
| Thérapeutique et matière médicale | ALIBERT. |
| Médecine légale | ADELON. |
| Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés | MOREAU. |
| Clinique médicale | LEROUX, *Président.* FOUQUIER. ..... CHOMEL, *Examinateur.* |
| Clinique chirurgicale | BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN. |
| Clinique d'accouchemens | ..... |

## *Professeurs honoraires.*

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

## *Agrégés en exercice.*

| Messieurs | Messieurs |
|---|---|
| Baudelocque. | Dubled. |
| Bayle. | Dubois. |
| Berard, *Examinateur.* | Gerdy. |
| Blandin, *Examinateur.* | Gibert. |
| Bouillaud. | Hatin. |
| Bouvier. | Lisfranc. |
| Briquet. | Martin Solon. |
| Brongniart. | Piorry. |
| Cloquet. | Rochoux. |
| Cottereau. | Sandras. |
| Dance. | Trousseau. |
| Devergie, *Suppléant.* | Velpeau. |

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

# AU MEILLEUR DES PÈRES,

# A LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

A MON GRAND ONCLE ET PARRAIN,

**L. JOUSSELIN,**

Docteur en médecine à Châteaugontier.

L. JOUSSELIN.

DE

# L'EMPYÈME.

Le mot *empyème* dérive des deux mots grecs ἐν, *dans*, et πυον, *pus*, ce qui signifie proprement *pus enfermé dans une cavité;* ainsi on a dit : *empyème de l'œil*, *empyème des sinus maxillaires*, etc. ; mais d'une part on a restreint son acception aux collections renfermées dans la poitrine, et même seulement à celles qui sont renfermées dans les plèvres; d'une autre part, on a étendu cette acception à tous les amas de liquides formés dans les plèvres, quelle qu'en fût la nature. Les mots *empyème de pus*, *de sang*, *de sérosité*, *de gaz*, *de chyle*, etc. ; enfin le mot *empyème* indique aussi une opération qui a pour but de vider la poitrine, en sorte qu'il serait bon d'oublier son étymologie.

Je vais décrire ici spécialement l'empyème de pus; il peut succéder, 1°. à une pleurésie aiguë ou chronique; dans ce cas ce n'est pas, comme on l'a prétendu, parce que la pleurésie ne se termine pas par résolution, mais bien parce qu'il n'y a pas absorption du liquide exhalé dans les premiers temps de l'inflammation; 2°. on a dit que l'empyème pouvait succéder à une vomique du poumon ouverte dans la plèvre; 3°. il peut être causé par un tubercule ramolli et vidé dans la plèvre, dans ce cas l'empyème est accompagné de pneumo-thorax; 4°. on a vu des abcès de la face convexe du foie s'ouvrir au

travers du diaphragme dans la plèvre, et donner lieu à un empyème. Les auteurs ont encore admis comme causes d'empyème le transport dans la plèvre du produit d'une péricardite, ce qui est à peu près impossible, d'un abcès du médiastin, d'un abcès des parois thoraciques; ces dernières causes doivent être rares, puisqu'on sait que dans les abcès placés derrière le sternum, la plèvre épaissie forme un obstacle à l'écoulement du pus dans la poitrine; il ne faut pas oublier cependant que le fils de *Jean-Louis Petit* mourut à la suite d'un abcès de l'aisselle qui s'était fait jour dans la poitrine. Dans ces cas le liquide épanché ne constitue pas l'empyème; il en est la cause, en irritant la plèvre, comme le serait un corps étranger ou une plaie de poitrine.

Dans l'examen de l'anatomie pathologique de l'empyème, on doit considérer, 1°. le lieu; 2°. la qualité du pus; 3°. son action sur les organes contenus dans la poitrine; 4°. son action sur les parois; 5°. l'état des organes et celui des parois.

Relativement au lieu, l'empyème est double s'il occupe les deux côtés de la poitrine, vague s'il est répandu dans la cavité de la plèvre, circonscrit dans le cas contraire: ce dernier a plusieurs variétés, le pus peut être renfermé, 1°. dans une scissure par l'adhérence de ses bords, c'est alors que l'on peut croire à une vomique du poumon; 2°. entre la base du poumon et le diaphragme; 3°. dans la partie déclive qui loge le bord du poumon; 4°. enfin, dans différens points des côtés de la poitrine.

Le liquide peut offrir toutes les variétés de couleur, de consistance et d'odeur; il contient des flocons albumineux dont la consistance varie; ils peuvent y être si nombreux qu'ils constituent pour certains auteurs une variété d'empyème.

La quantité du liquide peut aller jusqu'à huit à dix pintes.

Le poumon est comprimé, affaissé; son tissu est flasque et presque exsangue, renfermant quelquefois des parties dures, d'un rouge de chair musculaire, *carnifiées*; il renferme quelquefois des tubercules, et M. *Broussais* pense qu'ils sont dus à l'irritation qu'il éprouve;

mais cette présence des tubercules n'est le plus souvent qu'une simple coïncidence.

L'ancienneté de l'empyème et les adhérences plus ou moins fortes que le poumon a contractées le privent plus ou moins de la faculté de s'étendre de nouveau ; il est quelquefois rétracté vers sa racine et presque entièrement caché par de fausses membranes : de là les contes de poumons fondus en suppuration, et on a lieu de s'étonner que *Haller* ait dit qu'un poumon avait disparu au milieu d'une matière filante, comme albumineuse, dans laquelle s'ouvraient la trachée et les vaisseaux artériels et veineux.

Si l'empyème est partiel, le poumon est comme creusé au niveau du liquide ; le médiastin, qui dans l'état naturel résiste à une pression considérable, est enfoncé peu à peu par l'accumulation successive de la matière ; le cœur est déplacé et repoussé vers le côté sain ; les côtes se redressent, et forment presqu'un angle droit avec la colonne vertébrale, leurs intervalles sont élargis ; enfin le diaphragme est abaissé, et avec lui le foie, si la maladie est à droite, ce qui pourrait faire croire à un gonflement du foie, que l'on trouve au-dessous du rebord des côtes.

### *Symptômes généraux et locaux de l'empyème.*

Les symptômes généraux sont les suivans : le malade se plaint d'oppression, d'étouffemens, surtout s'il fait quelque travail pénible ; sentiment de pesanteur sur le diaphragme ; respiration courte, difficile, surtout pendant l'inspiration ; l'exercice de la parole est fatigant ; le malade s'interrompt fréquemment pour prendre haleine ; le sommeil est troublé ; le malade se réveille en sursaut, parce que l'imminence de l'asphyxie et la faiblesse de l'hématose pendant le sommeil exigent une contraction dirigée par la volonté des muscles inspirateurs.

La circulation éprouve des altérations dépendantes à la fois du déplacement du cœur, du passage irrégulier du sang à travers les pou-

mons, et enfin de la sympathie du cœur avec les parties malades; aussi le pouls est-il petit, irrégulier, fréquent, quelquefois intermittent. Le malade se couche tantôt sur le côté droit, tantôt sur le côté gauche, d'autres fois sur le dos, ou bien il reste assis sur son lit ou sur une chaise, sans pouvoir se coucher. Chacune de ces positions obligées mérite quelques remarques.

1°. Le malade se couchant sur le côté de l'épanchement, on a pensé que c'était pour empêcher la pression du liquide sur le côté sain par l'intermédiaire du médiastin. On peut objecter à cette opinion que le liquide, distendant la cavité qu'il remplit, presse également sur tous les points de cette cavité, il est certain que le médiastin se laisse refouler peu à peu par une collection lente. On pense aujourd'hui que le malade ne se couche pas sur le côté sain, parce que la compression exercée sur les muscles inspirateurs, par le poids du corps, nuit à l'ample dilatation de ce côté, qui renferme le seul organe où se passent les phénomènes de la respiration.

Le décubitus sur le dos se voit, dit-on, dans l'empyème double, parce que les principaux phénomènes mécaniques de la respiration se passant en avant, ces mouvemens restent plus libres dans cette position que dans toute autre. Lorsque les attaques de suffocation deviennent plus fortes, la face des malades devient bleuâtre, les lèvres livides; les malades cherchent à se suspendre par les bras; le point fixe que les muscles pectoraux, le grand dorsal et le grand dentelé trouvent alors dans le membre supérieur, facilite l'ascension des côtes, auxquelles ces muscles s'implantent.

Enfin la nutritition et les autres fonctions languissent et s'altèrent. Les facultés intellectuelles sont peu dérangées.

*Symptômes locaux.*

Les côtes sont redressées, et forment un angle moins aigu avec la colonne vertébrale; leurs intervalles sont élargis, ils sont quelquefois saillans et arrondis : dans ce cas, on y distingue une espèce de fluc-

tuation, le côté malade a plus de volume que le côté sain; cette dilatation est surtout sensible quand on observe le malade en arrière. Si l'épanchement a déplacé le cœur, les battemens de cet organe ne sont plus perçus dans l'endroit accoutumé; on les entend quelquefois dans le côté droit et jusque sous la clavicule droite; la mensuration de la poitrine, opérée avec un ruban conduit horizontalement du rachis au sternum, fait reconnaître la dilation.

La percussion de la poitrine, moyen conseillé surtout par *Corvisart*, fait reconnaître un son mat dans le lieu de l'épanchement; si on agite légèrement le malade au moment où on a l'oreille appuyée contre sa poitrine, on entend le bruit produit par le liquide. Ce moyen, qui constitue la succussion hippocratique, a été blâmé par les uns comme inutile; par d'autres, qui pensaient à tort qu'il fallait secouer fortement le malade, comme nuisible en ce qu'il était dangereux.

Voici, à mon avis, ce qu'il faut en penser : le liquide ne peut fluctuer dans la poitrine qu'autant qu'un gaz élastique occupe avec lui cette cavité; la succussion ne peut être utile que dans l'empyème compliqué de pneumo-thorax; alors ce moyen est excellent et ne fatigue pas le malade.

L'auscultation médiate fournit peu de moyens de reconnaître cette maladie, la respiration ne se fait plus entendre. Les productions accidentelles développées dans la plèvre feraient disparaître plus lentement la respiration; toutefois, à l'exception des cas où il y a pneumothorax, les renseignemens qu'elle fournit sont assez restreints.

Tels sont les signes de l'empyème; ils sont loin d'être constans ou certains. Ainsi, parmi les symptômes généraux, les troubles de la circulation et de la respiration se voient également dans les maladies du cœur et dans celles du poumon. Le décubitus a été souvent observé sur le côté de l'épanchement; dans d'autres cas, le malade se couchait indifféremment sur les deux côtés. Parmi les signes locaux, le son mat peut être dû à une imperméabilité du poumon, à diverses productions accidentelles développées dans la plèvre, telles que des

amas de matière tuberculeuse ou des parties cérébriformes, comme cela avait peut-être lieu dans le cas cité par *Boërhaave;* des kystes pleins de liquide, comme ceux observés par *Laennec* et M. *Dupuytren.* D'un autre côté, s'il y a pneumo-thorax, la percussion peut donner un son clair.

*Terminaison.*

La mort est le résultat le plus fréquent de l'empyème; elle est précédée de symptômes analogues à ceux de la phthisie, avec laquelle on l'a souvent confondue, comme l'a démontré l'ouverture du cadavre de *Bayle. Boërrhaave* a tracé un tableau effrayant de cette terminaison de l'empyème.

Le pus peut passer dans les bronches et être expectoré; quelquefois on n'a pas pu trouver le moyen de communication; d'autres fois il était large et facile. *Laennec* pensait que cela était dû le plus souvent à la rupture d'un tubercule dans la plèvre.

On a vu souvent le pus se porter à l'extérieur à travers les parois thoraciques; dans ce cas la guérison peut être complète, ou suivie d'une fistule pleurétique. Si ce cas a lieu au côté gauche de la poitrine et en avant, il peut se montrer une tumeur molle, sans changement de couleur à la peau, ayant des mouvemens, non de locomotion, mais de dilatation et de resserrement, isochrônes à ceux des artères, et en même temps on entend les battemens du cœur dans le côté droit de la poitrine. Dans un cas semblable, à l'hôpital de la Pitié, on a cru à un anévrysme de la crosse de l'aorte. Voici à quels signes on pourra distinguer ces deux affections :

1°. Les anévrysmes de la crosse de l'aorte font saillie en avant et à droite, et ceux de l'aorte descendante en arrière et à gauche; 2°. la tumeur de l'empyème est molle dans toute son étendue, et les caillots des anévrysmes sont consistans; 3°. cette tumeur se développe rapidement, couvre plusieurs cartilages des côtes. Dans le cas dont je viens de parler, le pus avait traversé les muscles et ensuite s'était répandu en haut et en bas; on sentait les cartilages en déprimant for-

tement la tumeur : un anévrysme les eût détruits et se fût montré plus lentement.

On voit que l'on ne peut donner pour signe les battemens de la tumeur, comme on le fait dans les cas ordinaires; en effet, l'aorte, en raison du refoulement du médiastin et de la rétraction du poumon, doit se trouver alors en arrière au centre du liquide, et l'expansion de l'artère par suite de l'incompressibilité du liquide être répartie sur tous les points des parois qui le renferment.

La guérison par métastase a été le sujet d'explications erronées; ainsi on a admis que le liquide passant sans altération de la cavité des plèvres dans celle de la vessie dans le torrent de la circulation, pouvait venir former un dépôt sur les tégumens, ou bien être évacué par les sueurs ou par les voies digestives. *Diemerbroeck* dit avoir vu un malade uriner le pus dans un cas d'empyème.

*Belloste* assure l'avoir retiré par la saignée chez un malade. Il est de fait qu'on a vu des évacuations copieuses par les bronches amener la disparition subite d'un hydrothorax, et des ascites céder en même temps qu'une diarrhée séreuse abondante se déclarait; et ces observations soutiennent jusqu'à un certain point les opinions des auteurs que je viens de citer : cependant le pus en nature n'a jamais été éliminé, ainsi qu'ils le prétendent. Voici la manière dont les choses paraissent se passer : soit qu'il y ait absorption réelle du pus produit de l'empyème, soit qu'une opération lui donne issue; le thorax, qui était dilaté, s'affaisse, et le côté qui prédominait par son volume devient le plus étroit. Quand l'occasion se présente d'observer sur le cadavre, on voit que le poumon, comprimé le long de la colonne vertébrale, y est retenu par de fausses membranes plus ou moins épaisses, plus ou moins consistantes, ayant quelquefois la structure cartilagineuse. Si le retour à la santé a lieu, le poumon contre lequel la paroi thoracique s'est appliquée est progressivement dilaté par l'air qu'y introduit l'inspiration; et peu à peu cet organe, qui était devenu inutile, reprend ses fonctions, mais jamais il ne recouvre entièrement sa disposition normale et demeure plus petit que celui du côté opposé.

Ce changement est dû non-seulement à la résistance qu'offrent à son ampliation les fausses membranes, mais encore à une véritable hypertrophie de l'autre poumon : celui-ci, en effet, long-temps obligé de fournir seul à l'hématose, a acquis une activité vitale en excès, et la nutrition du tissu s'y est opérée avec trop d'énergie.

Une conséquence de ces modifications des poumons est que le côté qui a été malade est désormais plus rétréci, et que, même après la guérison la plus parfaite, l'individu qui a eu un empyème éprouve une déviation latérale du tronc du côté affecté, déviation qui parfois est portée à un degré très-marqué. *Laennec* a figuré dans son ouvrage l'attitude verticale représentée dans ces cas.

Trop souvent la mort est la terminaison de l'empyème, et survient malgré l'opération que l'on pratique après que le malade a parcouru toutes les phases de la fièvre hectique. Du reste, l'époque à laquelle la mort survient ne peut être fixée d'une manière précise, et l'on conçoit combien les complications d'altérations organiques, soit du tissu pulmonaire, soit du cœur, doivent influer sur cette terminaison fatale.

*Prognostic.*

D'après tout ce qui a été dit sur la nature et les effets de l'empyème de pus, il est aisé de comprendre combien cette maladie est grave. Le prognostic variera d'ailleurs suivant que la collection purulente s'est effectuée plus ou moins rapidement, suivant qu'elle sera double ou unique, suivant enfin son état de simplicité ou de complications.

Un empyème brusque est toujours plus funeste que celui qui se développe avec lenteur. En effet, le poumon subitement comprimé et cessant ses fonctions, il en résulte un dérangement tel de la respiration que la suffocation peut être rapide. Quand cette collection ne se développe que progressivement, le poumon sain est en quelque sorte prévenu du danger, et active en proportion de celui-ci les fonctions dont il est chargé, et qui doivent bientôt suffire à l'entretien de la vie.

L'empyème double est nécessairement mortel, qu'il soit brusque ou lent : la raison n'a pas besoin d'être longuement démontrée.

Enfin des tubercules, un anévrysme du cœur, joignent dans quelques cas leurs accidens propres à ceux de l'empyème, et contribuent fortement à ces fâcheux résultats.

*Traitement.*

On doit d'abord chercher à favoriser l'absorption de l'empyème; mais quand les symptômes sont imminens, et qu'on a en vain tenté les moyens usités pour obtenir cette résorption, il ne reste plus que la paracentèse.

Pour favoriser la résorption, on se rappelera que l'on a vu disparaître des épanchemens en même temps que des sueurs copieuses, les urines, les crachats, les déjections alvines ont présenté des phénomènes critiques; on excitera donc ces différentes sécrétions et excrétions par tous les médicamens qu'offrent les classes des syalagogues, des diaphorétiques, des diurétiques; on emploiera encore les lavemens purgatifs. On devra de préférence exciter des sécrétions accidentelles à l'aide d'exutoires, tels que le séton, le moxa, et surtout les vésicatoires sur les parois du thorax. J'ai vu plusieurs fois, à l'hôpital de la Pitié, M. *Louis* employer avec succès un emplâtre de poix de Bourgogne assez large pour couvrir tout le côté malade du thorax : ce médecin a une telle confiance dans ce moyen qu'il répudie tous les autres.

Pour compléter, autant qu'il est en moi, la description de l'empyème, je terminerai par l'opération de la paracentèse, connue en général sous le nom d'*opération de l'empyème.*

*Opération.*

La paracentèse de la poitrine est connue depuis l'enfance de la médecine; *Hippocrate* l'a recommandée, et depuis elle fut en honneur chez les anciens. Dans le dernier siècle, *Ledran*, *Foubert*, et surtout *Morand*, la préconisèrent. *Heister* et *Corvisart* ont au contraire sou-

tenu que, si cette opération n'était pas mortelle par elle-même, elle abrégeait du moins les jours du malade. Enfin *Lassus* et M. *Rullier*, revenant aux idées de *Morand* et autres, font remarquer que cette opération est d'une exécution facile, n'expose, si elle est bien faite, à la lésion d'aucun organe important, et procure toujours aux malades un soulagement considérable.

On considère comme causes opposées au succès de l'opération, l'ancienneté du mal, l'âge avancé du malade, la faiblesse, les crachats purulens, la cachexie générale et la colliquation ; cependant on a vu la paracentèse réussir parfaitement en dépit de ces circonstances.

Pour pratiquer cette opération, trois choses sont à considérer : 1°. le temps, 2°. le lieu, 3°. le procédé.

1°. *Le temps.* On a conseillé d'évacuer le pus dès qu'on serait assuré de sa présence ; d'autres ont conseillé d'attendre que la nature eût fait tous les efforts dont elle est susceptible pour opérer la résorption. On a soutenu qu'après quarante jours il n'était plus temps d'opérer, attendu, disait-on, que le pus par son long séjour s'altérait et altérait les organes avec lesquels il était en contact. Maintenant on sait à quoi s'en tenir relativement à cette prétendue décomposition du pus, et ce n'est plus que sur l'intensité des symptômes ou l'imminence de la suffocation que l'on se fonde pour opérer.

2°. *Le lieu.* Il est de nécessité ou d'élection : dans le premier cas, c'est là où apparaît une tumeur, et où se fait remarquer la fluctuation, que l'on porte l'instrument ; mais il est très-rare que, dans l'empyème que je décris, il se présente ainsi un lieu de nécessité pour l'opération. Le lieu est presque toujours d'élection. Voici les discussions qui se sont élevées à cet égard : les uns, *Sabatier*, *Pelletan* et M. *Richerand*, indiquent le quatrième espace intercostal à droite, en comptant de bas en haut, et le troisième à gauche ; d'autres, *Chopart*, *Desault* et M. *Boyer*, indiquent pour l'un ou l'autre côté un intervalle inférieur. La crainte de léser le diaphragme et le

foie, qui fait une saillie dans la poitrine, et de pénétrer dans l'abdomen, est le motif de cette conduite pour la différence de hauteur à droite ou à gauche. Mais si l'on observe que, dans le cas d'épanchement, le foie est refoulé en bas, et fait une saillie plus ou moins considérable à la base de la poitrine, on verra que les préceptes qui viennent d'être donnés ne trouvent guère leur application que sur le cadavre où les organes ont conservé leurs rapports anatomiques. Toutefois *Laannec*, dans un cas d'empyème, tout en suivant les conseils donnés, c'est à dire ayant fait faire l'incision dans le quatrième espace intercostal, a vu le bistouri pénétrer dans l'abdomen, ce qui le décida à conseiller la ponction dans le cinquième espace intercostal des deux côtés.

On doit éviter la division des artères intercostales ; pour cela on portera l'instrument au milieu de l'espace intercostal en hauteur, et à la partie moyenne également en longueur. *Dionis*, sous le prétexte de faciliter au malade le moyen de se panser lui-même, avait recommandé d'opérer en avant ; mais la nécessité où se trouve le malade de se tenir couché sur le lieu de l'opération pour faciliter l'écoulement du liquide est entièrement opposée à ce qu'on observe ce précepte. Dans le cas où le malade serait pourvu d'un embonpoint énorme ou affecté d'emphysème qui empêcheraient de distinguer les espaces intercostaux, on fera mettre le malade sur son séant ; on lui prescrira de rapprocher les bras du tronc, de croiser les avant-bras et les mains sur la poitrine ; alors l'angle de l'omoplate devenant saillant, on opérera à quatre travers de doigt au-dessous : tel est l'avis donné par *Sabatier*.

3°. *Le procédé.* On peut employer le trois-quarts ou le bistouri : le premier de ces instrumens ne peut jamais être employé dans le cas d'empyème de pus, pour évacuer subitement et entièrement le foyer ; mais on a pensé que c'était un moyen avantageux pour vider peu à peu la poitrine, sans permettre à l'air de pénétrer dans cette cavité. *Morand* en a tiré un parti avantageux. M. *Boyer* lui-même conseille deux ou trois ponctions avant d'en venir à l'incision. M. *Rullier*, au

lieu de redouter l'entrée de l'air dans la poitrine, la regarde comme avantageuse, en ce qu'elle peut changer utilement la nature de l'irritation dont la plèvre est le siége. M. *Boyer*, au contraire, la redoute beaucoup. Les observations de *Morand*, de MM. *Fréteau* et *Le Faucheux* prouvent que réellement, commé le dit M. *Rullier*, il ne s'ensuit pas toujours des accidens graves. M. *Cloquet* aussi, comme on le sait, n'attribue pas à la présence de l'air dans les foyers purulens les changemens dont ils peuvent devenir le siége.

Voici la manière dont on pratique l'opération de l'empyème : le malade étant assis au bord du lit répondant au côté de l'épanchement, un peu incliné du côté opposé, pour favoriser la tension de l'espace intercostal et augmenter sa largeur, le chirurgien, avec la main gauche, tend la peau perpendiculairement à la côte avec le pouce et l'index; puis, avec un bistouri tenu comme pour couper de dehors en dedans, il incise successivement les tégumens, les muscles suscostaux, et enfin les intercostaux dans l'étendue de deux pouces et demi à trois pouces, toujours parallèlement à la côte, et, comme je l'ai déjà dit, au milieu en hauteur de l'intervalle qui sépare ces os.

Après ce premier temps de l'opération, le chirurgien porte le doigt indicateur gauche sur la plèvre, puis en tenant l'instrument comme pour couper de dedans en dehors et vers soi, il le plonge dans la cavité thoracique : alors le liquide s'échappe promptement de la poitrine, et si le poumon ne remplit pas de suite la place du liquide, l'air entre dans le thorax en produisant un bruit particulier. On procède ainsi au pansement : une bandelette de linge effilé est introduite dans la plaie ; une petite portion pénètre dans la poitrine, le reste est maintenu au dehors; puis une compresse fenêtrée, un plumasseau de charpie, quelques compresses simples sont recouvertes par un bandage de corps. On recommandera le plus grand silence au malade, le repos. Le traitement interne variera selon les indications qui se présenteront ultérieurement.

FIN.

## HIPPOCRATIS APHORISMI

### I.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

### II.

Ubi cibus præter naturam copiosior ingressus fuerit, id morbum creat. Ostendit autem sanatio. *Sect.* 2, *aph.* 17.

### III.

Naturarum aliæ quidem æstatem, aliæ verò ad hyemem benè aut malè sunt constitutæ. *Sect.* 3, *aph.* 2.

### IV.

Sub cane, et ante canem, difficiles sunt purgationes. *Sect.* 4, *aph.* 5.

### V.

Vulneri convulsio superveniens, lethale. *Sect.* 5, *aph.* 2.

### VI.

Erysipelas foris quidem intrò verti, non bonum: intùs verò foràs, bonum. *Sect.* 6, *aph.* 25.

### VII.

A forti pulsu in ulceribus, sanguinis eruptio (malum). *Sect.* 7, *aph.* 21.